

**План ухода за клиентами в пансионатах психиатрической и психологической помощи
совершеннолетним лицам и по месту жительства (ВН HCBS)**

Клиент:
Medicaid CIN:

Право на ВН HCBS:

Дата рождения:
План восстановления и
поддержания здоровья:
№ участника HARP:
Сетевой центр:

Дата создания плана ухода:

ЧАСТЬ 1: КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ И ИНФОРМАЦИЯ О МЕСТЕ ПРОЖИВАНИЯ

Предоставьте информацию о месте проживания и контактные данные клиента. Если место проживания клиента в общине не соответствует его предпочтениям, координатор ухода должен оказать клиенту поддержку в разработке плана по переезду на место проживания в соответствии с предпочтениями клиента и задокументировать этот факт в Плане ухода.

Адрес проживания клиента:

Номер телефона клиента:

Является ли указанный адрес проживания адресом места проживания в общине?

Да Нет

Хочет ли клиент проживать в этом месте/ по этому адресу?

Да Нет

ЧАСТЬ 2: ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ АНАЛИЗ И ЦЕЛИ

A. Индивидуальный анализ

Индивидуальный анализ должен включать в себя краткую информацию оценки на наличие соответствующих прав по системе штата Нью-Йорк NYS Eligibility Assessment с указанием диагнозов клиента. Приведите характеристику клиента, опишите его навыки, сильные стороны, предпочтения, а также ограничения и потребности в связи с поддержанием психического здоровья. Также приведите информацию о месте жительства, культурных традициях и социальных отношениях клиента. Четко задокументируйте позиции, имеющие ценность для клиента.

B. Цели, относящиеся к жизненной позиции клиента

Цель, относящаяся к жизненной позиции клиента, это его персональная цель, передающая его видение и представления о своих жизни, работе, учебе или взаимодействии с социумом. У клиента могут быть несколько целей, относящихся к его жизненной позиции. Запишите цель словами клиента. В разделе «Желательные результаты» укажите результаты, которые будут достигнуты на уровне индивидуального обслуживания в результате действий клиент в направлении достижения цели и с поддержкой со стороны платных и бесплатных ресурсов. Необходимо указать не менее одного результата по каждому виду обслуживания на дому. Вместе с клиентом определите примерную дату достижения цели.

Направления достижения целей, относящихся

к жизненной позиции клиента:

Жизнь

Работа

Учеба

Взаимодействие
с социумом

Цель:*

Желаемые результаты:

Целевая дата:

ЧАСТЬ 3: ИНДИВИДУАЛЬНАЯ СРЕДА ОБСЛУЖИВАНИЯ

A. Естественные и общественные ресурсы

Перечислите бесплатные естественные и общественные ресурсы, которые клиент будет использовать в контексте достижения целей, относящихся к его жизненной позиции. Такими ресурсами, в частности, могут быть: семья, друзья, соседи, группы (взаимной) поддержки, общественные центры, религиозные организации и т.д.

Оказываемая поддержка*	Поставщик услуг	Контактная информация (адрес, телефон, и/или электронная почта)

B. Поставщики услуг по поддержанию физического и психического здоровья

В этом разделе перечислите всех поставщиков услуг по поддержанию физического и психического здоровья (психическое здоровье и проблемы в связи с употреблением психоактивных веществ), которые обеспечивают поддержку клиента на пути к достижению целей, относящихся к его жизненной позиции, кроме услуг по уходу за клиентами в пансионатах психиатрической и психологической помощи совершеннолетним лицам и по месту жительства (ВН HCBS). Список должен содержать минимально необходимую информацию о семейном враче, психиатре, а также о клинических поставщиках услуг по разделам 16, 28, и 31. Информация о периодичности и продолжительности будет способствовать координации ухода и лечения с другими поставщиками.

Тип обслуживания*	Поставщик услуг	Периодичность (если известно)	Продолжительность (если известно)

Пункты, обозначенные звездочкой (), являются минимально необходимыми для определения уровня ухода за клиентами в пансионатах психиатрической и психологической помощи совершеннолетним лицам и по месту жительства (ВН HCBS)

С. Другое обслуживание и ресурсы

В этом разделе необходимо указать любые используемые или получаемые клиентом дополнительные ресурсы и виды обслуживания, не являющиеся услугами HCBS, которые не указаны выше. Укажите только услуги и поставщиков услуг, которые способствуют достижению поставленных лицом целей в связи с его жизненной позицией. Примеры таких ресурсов: программа социального страхования инвалидов (Social Security Disability Insurance, SSDI), центры социально-медицинской помощи (Drop-In Centers), клубы психосоциального содействия (Psychosocial Clubs / Clubhouses), программа поддержки на работе и с трудоустройством (Ongoing and Integrated Support Employment, OISE) и т.д. Также могут иметься в виду услуги и ресурсы, оплачиваемые другими организациями штата Нью-Йорк, в частности Департаментом здравоохранения (Department of Health), Департаментом по делам пожилых лиц (Department of Aging), организацией ACCES-VR, Департаментом труда (Department of Labor) и т.д.

Тип обслуживания*	Поставщик услуг

D. Координатор обслуживания или поставщик уполномоченной штатом организации (SDE)

В разделе необходимо указать информацию об организации, которая является координатором обслуживания, а также об организации, уполномоченной штатом; в нем также необходимо привести всю информацию обо всех мерах, принятых координатором обслуживания в контексте деятельности клиента по достижению его Цели(-ей) в связи с жизненной позицией. На каждую заявленную цель необходимо указать не менее одной принятой меры.

Тип обслуживания:	
Координатор обслуживания/уполномоченная штатом организация:	
Координатор обслуживания или эксперт:	
Контактная информация:	

Цели координатора обслуживания	Меры по координации обслуживания (масштаб)
Цели в отношении физического здоровья:	Меры в отношении физического здоровья:
Цели в отношении психического здоровья:	Меры в отношении психического здоровья:
Цели в отношении употребления психоактивных веществ:	Меры в отношении употребления психоактивных веществ:
Цели в отношении ВИЧ/СПИД:	Меры в отношении ВИЧ/СПИД:
Прочие цели на уровне координации обслуживания:	Прочие цели на уровне координации обслуживания:

E. Уход за клиентами в пансионатах психиатрической и психологической помощи совершеннолетним лицам и по месту жительства (ВН HCBS)

В этом разделе необходимо указать всех поставщиков услуг по уходу за клиентами в пансионатах психиатрической и психологической помощи совершеннолетним лицам и по месту жительства. Информация о периодичности, продолжительности и даты начала предоставления обслуживания могут быть добавлены после получения дополнительной информации от поставщиков и организации контролируемого ухода. По каждому поставщику услуг HCBS необходимо указать не менее одного ожидаемого результата в соответствии с Частью 2(B) настоящего Плана.

Тип обслуживания*	Поставщик услуг	Периодичность	Продолжительность	Дата начала предоставления
Желаемые результаты				

Тип обслуживания*	Поставщик услуг	Периодичность	Продолжительность	Дата начала предоставления
Желаемые результаты				

Тип обслуживания*	Поставщик услуг	Периодичность	Продолжительность	Дата начала предоставления
Желаемые результаты				

Тип обслуживания*	Поставщик услуг	Периодичность	Продолжительность	Дата начала предоставления
Желаемые результаты				
Тип обслуживания*	Поставщик услуг	Периодичность	Продолжительность	Дата начала предоставления
Желаемые результаты				

ЧАСТЬ 4: МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ

Для клиентов, проживающих в учреждениях поставщиков услуг под контролем персонала: введены ли в отношении клиента любые ограничения в связи с распознанными рисками?

Да Нет Неприменимо: клиент не проживает в учреждениях поставщиков услуг под контролем персонала

Если отмечен ответ «Да», необходимо приложить форму «Ограничения в связи с оценками риска» (Modifications Based on Risk Assessment).

План ухода за клиентами в пансионатах психиатрической и психологической помощи совершеннолетним лицам и по месту жительства (ВН НСБС)

ЧАСТЬ 5: ПОДПИСИ, ПРИЛОЖЕНИЯ И ПЕРЕДАЧА ПЛАНА УХОДА

Контроль выполнения плана ухода осуществляют координатор обслуживания/эксперт организации, уполномоченной штатом (SDE), и организации контролируемого ухода. Для внесения изменений в План необходимо обратиться к координатору ухода/эксперту SDE. План ухода должен пересматриваться не менее одного раза в год или же после любого жизненно-важного события, произошедшего в жизни клиента.

А. Подписи

План ухода (и/или прилагаемые документы ISP) должен быть подписан получателем услуг, его опекуном (при его наличии), координатором ухода, а также поставщиками по уходу за клиентами в пансионатах психиатрической и психологической помощи совершеннолетним лицам и по месту жительства (ВН НСБС).

Имя, фамилия	Должность/роль	Подпись	Дата
	Лицо, получающее услуги		[ММ/ЧЧ/ГГ]
	Законный опекун, при наличии		[ММ/ЧЧ/ГГ]
	Координатор ухода		[ММ/ЧЧ/ГГ]
			[ММ/ЧЧ/ГГ]

В. Приложения к Плану ухода

Укажите дополнительные формы, прилагаемые к Плану ухода.

План предотвращения кризиса (обязательно)

Резервный план (обязательно)

Индивидуальный план ухода за клиентами в пансионатах психиатрической и психологической помощи совершеннолетним лицам и по месту жительства (ВН НСБС)

Ограничения в связи с оценками риска (необходимо приложить, если в Части 4 отмечен ответ «Да»)

Другое (указать):

С. Передача Плана ухода

План ухода передается клиенту, законному опекуну клиента (при его наличии), а также всем поставщикам по уходу за клиентами в пансионатах психиатрической и психологической помощи совершеннолетним лицам и по месту жительства (ВН НСБС) не реже одного раза в год или же после внесения существенных изменений вслед за жизненно-важными событиями, произошедшими в жизни клиента.

Имя, фамилия и организация (если применимо)	Согласие в досье? (Д/Н)	Дата отправки	Подпись или инициалы менеджера по уходу

Приложение к Плану ухода: План предотвращения кризиса

Клиент:
Medicaid CIN:

Право на BH HCBS:

Дата рождения:
План восстановления и
поддержания здоровья:
№ участника HARP:
Сетевой центр:

Инструкции для Координатора ухода: эту форму необходимо пересматривать и обновлять не реже одного раза в год одновременно с пересмотром Плана ухода. Ее также необходимо пересматривать и обновлять после жизненно-важных событий, произошедших в жизни клиента. Если у клиента уже есть План предотвращения кризиса или План профилактики рецидивов (WRAP), вы можете приложить его копию, не заполняя эту форму. Необходимо пересматривать этот план совместно с клиентом через равные временные интервалы.

Цель данного плана предотвращения кризиса — определить пути предотвращения наступления кризисных ситуаций, связанных с состоянием психического здоровья. Меры по предотвращению кризиса помогут вам двигаться к достижению индивидуальных целей в связи с жизненной позицией. Необходимо, чтобы план опирался на ваши личные предпочтения и потребности и учитывал культурные, религиозные и этнические особенности. План — это результат вашей совместной работы с Координатором ухода. Этот план может быть передан другим лицам по вашему желанию. Вы можете назначить доверенное лицо по вопросам лечения или подготовить форму предварительных распоряжений.

1. На какие симптомы или проблемы следует обращать внимание?

Такими симптомами или проблемами являются события или состояния, которые вас расстраивают, затрудняют решение повседневных задач и деятельность по достижению поставленных целей. Примерами, в частности, могут являться специфические события, конфликты с семьей или друзьями, финансовые проблемы, нестабильная ситуация с жильем, изменения в режиме медикаментозного лечения и т.д.

2. Какими являются ранние признаки надвигающегося изменения состояния психического здоровья?

Это самые ранние признаки ухудшения или усугубления вашего психического или психологического состояния. Примеры таких признаков: возникновение сильных желаний, трудности со сном, чувство дискомфорта или нервозности в окружении людей, трудности концентрации, окружающие опасаются за состояние вашего психического здоровья, чувство печали или беспокойство.

3. Какие шаги вы можете предпринять, чтобы справиться со стрессом или такими симптомами?

Подумайте о том, что вам и/или другим помогло в прошлом. Какие навыки решения проблем или нейтрализации состояний являются для вас наиболее эффективными? Примеры: чтение, просмотр телепередач, ведение дневника, посещение групп взаимопомощи, глубокое дыхание и расслабление мышц, прогулки на свежем воздухе, звонок другу и т.д.

4. Кому вы можете позвонить, почувствовав ранние симптомы психических состояний?

Определите лиц, которые могут помочь вам до наступления и во время кризисных состояний. Ниже укажите их имена и контактные данные. Такими лицами могут быть представители естественных (друзья и семья) и платных (координатор ухода, терапевт и т.д.) ресурсов.

Приложение к Плану ухода: Резервный план

Клиент:
Medicaid CIN:

Право на BH HCBS:

Дата рождения:
План восстановления и
поддержания здоровья:
№ участника HARP:
Сетевой центр:

Инструкции для Координатора ухода: эту форму необходимо пересматривать и обновлять не реже одного раза в год одновременно с пересмотром Плана ухода. Ее также необходимо пересматривать и обновлять после жизненно-важных событий, произошедших в жизни клиента.

Цель этого плана — обеспечить помощь в экстренной ситуации или в ситуации, когда обычные средства поддержки/ухода недоступны.

В экстренной ситуации немедленно звоните 911.

Очень важно говорить с поставщиками услуг, в том числе услуг HCBS, чтобы иметь представление об их доступности и графике работы. Имея резервный план, вы будете знать, что делать, и к кому обратиться, если ваш поставщик услуг недоступен.

Поставщик услуг	Кому можно позвонить? <i>(К примеру, в дежурную организацию или диспетчеру, другу или члену семьи, спонсору, координатору по уходу)</i>	Номер телефона

Приложение к Плану ухода: Индивидуальный план ухода за клиентами в пансионатах психиатрической и психологической помощи совершеннолетним лицам и по месту жительства (BH HCBS)

Клиент:
Medicaid CIN:

Дата рождения:
План восстановления и
поддержания здоровья:
№ участника HARP:
Сетевой центр:

Право на BH HCBS:

Документ заполняет каждый поставщик услуг по уходу за клиентами в пансионатах психиатрической и психологической помощи совершеннолетним лицам и по месту жительства. Его необходимо приложить в Плану ухода, чтобы обеспечить содействие интеграции и координации обслуживания и удовлетворение требований CMS.

Дата разработки ISP:

Информация об обслуживании

Уход за клиентами в пансионатах психиатрической и психологической помощи совершеннолетним лицам и по месту жительства (BH HCBS):

Поставщик услуг:

Контактное лицо поставщика услуг:

Альтернативное контактное лицо:

Адрес поставщика услуг:

Периодичность и продолжительность:

Индивидуальные цели в связи с жизненной позицией клиента и предполагаемые результаты

Приведенная ниже информация берется из Плана ухода. Цель, относящаяся к жизненной позиции клиента, это его персональная цель, передающая его видение и представления о своей жизни, работе, учебе или взаимодействии с социумом. У клиента могут быть несколько целей, относящихся к его жизненной позиции. Запишите цель словами клиента. В разделе «Желательные результаты» укажите результаты, которые будут достигнуты на уровне индивидуального обслуживания в результате действий клиента в направлении достижения цели и с поддержкой со стороны платных и бесплатных ресурсов. Необходимо указать не менее одного результата по каждому виду обслуживания на дому.

Направления достижения целей,

относящихся к жизненной позиции клиента:

Жизнь

Работа

Учеба

Взаимодействие с социумом

Цель:*

Сильные стороны, способности, ресурсы и навыки

Используя информацию из Плана ухода, сведения в рамках получения отдельных услуг, а также отзывы клиента и его членов семьи, опишите сильные стороны, способности и навыки клиента в контексте достижения поставленных им целей.

Препятствия на пути к оптимизации психического здоровья и уровень поддержки

Используя информацию из Плана ухода, сведения в рамках получения отдельных услуг, а также отзывы клиента и его членов семьи, опишите препятствия на пути к оптимизации психического здоровья клиента, а также потребности в контексте достижения поставленных им целей. Опишите уровень поддержки, необходимый для получения желаемых результатов (коррекция навыков, ролевая игра, контроль, инструктаж и т.д.).

Цели и обслуживание HCBS

Задокументируйте поддающиеся количественному определению цели HCBS, которые поддержат клиента на пути к достижению поставленных целей и к желаемым результатам их достижения. Опишите объем обслуживания (вмешательство и меры, принимаемые персоналом), которые будут способствовать достижению этих целей.

Цели HCBS	Объем обслуживания HCBS (Компоненты обслуживания / вмешательство / методика)

Подписи

Подпись получателя обслуживания: _____

Дата: _____

Подпись поставщика услуг по уходу за клиентами в пансионатах психиатрической и психологической помощи совершеннолетним лицам и по месту жительства (BH HCBS): _____

Дата: _____

Подпись, квалификация (если применимо) и должность

Приложение к Плану ухода: Ограничения в связи с оценками риска

Клиент:
Medicaid CIN:

Дата рождения:
План восстановления и
поддержания здоровья:
№ участника HARP:
Сетевой центр:

Право на BH HCBS:

Настоящий документ заполняется Координатором ухода в случае введения любых ограничений в отношении клиента с учетом оцененного риска.

Для некоторых лиц обслуживание на дому или по месту жительства может представлять повышенный риск причинения вреда себе или окружающим. Документ поможет координаторам ухода обеспечить проживание клиентов с комплексными потребностями с минимально необходимыми ограничениями. Примерами ограничений деятельности клиента, среди прочего, являются: ограничения доступа к пище, ограниченный график посещений, ограничение свободы перемещения и т.д.

1. Подробно опишите ограничения с учетом риска.

2. Задокументируйте определенные специальные и индивидуальные потребности.

3. Задокументируйте средства и решения, примененные ранее, которые оказались неэффективными в удовлетворении потребностей.

4. Задокументируйте менее интрузивные методы, использованные ранее, которые также оказались неэффективными.

5. Опишите состояние, связанное со специфической потребностью или риском.

6. Опишите метод сбора данных, используемый для мониторинга эффективности ограничений.

7. Задокументируйте временные рамки для периодических пересмотров ограничений, чтобы знать, какие из них еще нужны, а какие можно отменить.

8. Причиняют ли ограничения и средства поддержки вред клиенту? (Координатор ухода должен принять меры для того, чтобы ограничения и средства поддержки не причиняли вред клиенту)

Да Нет

Своей подписью ниже я подтверждаю, что клиенту предоставлена возможность принять решение на основе полученной информации в отношении описанных выше ограничений и модификаций, и что клиент согласен с использованием ограничений и модификаций с учетом определенного риска и для удовлетворения его потребностей.

Подпись получателя обслуживания: _____

Дата: _____

Подпись опекуна/ законного представителя (если применимо): _____

Дата: _____

Подпись Координатора ухода: _____

Дата: _____